

AVANCES VENEREOLÓGICOS EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PÚBLICA DE GUATEMALA

Por el Dr. JUAN M. FUNES

A partir del año 1945 se inició en Guatemala la modernización de las técnicas y los métodos de fiscalización y manejo de las dolencias venéreas, en ocasión que el Dr. Luis F. Galich se encontraba al frente de la Sección. Conforme a lo dicho, se implantó como requisito primordial, la centralización de los distintos servicios en la forma siguiente: como organismo principal, la Jefatura de la Sección y como dependencias subsidiarias los distintos dispensarios, a saber: el Dispensario de Profilaxis Sexual, anexo al Hospital del mismo nombre; los Dispensarios externos para hombres y mujeres, situados en el edificio de la Dirección General del Ramo; los Dispensarios Municipales distribuidos convenientemente y a cargo de cuatro sectores importantes de la ciudad; los servicios especializados de las delegaciones sanitarias y hospitales departamentales; los laboratorios serológicos son parte integrante, ya que en ellos, y a favor de la obligatoriedad de la Tarjeta de Sanidad para ciertos oficios y menesteres, se llega al descubrimiento de numerosos casos de sífilis latente, que luego pasan a los distintos servicios para su tratamiento.

La Sección está a cargo del control y tratamiento de las mujeres dedicadas al ejercicio de la prostitución. En Guatemala se encuentra en vigor el reglamentarismo, que obliga a la práctica de visitas periódicas de las inscritas, que se llevan a cabo en el Dispensario de Profilaxis. Durante estas visitas se las somete a reconocimiento clínico y se toman frotis de las secreciones vaginales y del cuello uterino y serología quincenal. Si estos exámenes dan un resultado positivo o dudoso las afectadas son internadas de inmediato, ya que el Dispensario se encuentra en el mismo local del Hospital de Venéreas. Desde la fecha indicada al principio de esta exposición, el establecimiento empezó a funcionar en forma de centro de tratamientos rápidos, similar a los que se encuentran en los Estados Unidos. La medicación se hace a base de arsenóxido, en forma intensiva, siguiéndose en casos seleccionados según las características de la infección y la edad de las pacientes, el esquema Pillsbury. En otros casos, se aplica el esquema de Eagle (12 semanas) y en las embarazadas se aplica un tratamiento combinado de penicilina con arsenóxido y bismuto. En el Hospital se cuenta con un número total de 90 camas repartidas en dos salas. En una de ellas se asila a aquellas mujeres que ingresan sindicadas de ejercicio de la prostitución clandestina y en la otra se interna a las ménades, ya sea que provengan del dispensario respectivo o que se las haya enviado por las autoridades sanitarias por presunciones de contagio venéreo. A estas últimas en-

fermas, en el caso específico de la sífilis, se las somete a tratamientos semi-intensivos que permiten, al mismo tiempo que el agotamiento de los focos infectantes, establecer la base para una curación futura. Ha sido preocupación para nosotros el juzgar debidamente sobre la conveniencia de aplicación de los sistemas rápidos e intensivos a las mujeres que ejercen el comercio sexual, pues aún parece temprano para dictaminar sobre el efecto que los mismos tengan sobre las características de infecciosidad cronológica de la sífilis, especialmente si se reflexiona sobre la incidencia de recurrencias infecciosas y que al terminar la medicación estas enfermas se encuentran automáticamente autorizadas para dedicarse incontinenti a su profesión habitual sin que nuestros conocimientos actuales permitan una idea clara de las potencialidades de contagio de una enfermedad aparentemente controlada. Hemos pensado, con fundamento en las razones que anteceden, cumplir con una función preventiva al instituir a esta categoría de enfermas sistemas de tratamiento lento los que, media vez lograda la cicatrización de las lesiones abiertas, son continuados en forma ambulatoria en el servicio correspondiente.

En agosto de 1946 comenzó sus funciones el Centro de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas, fundado en la ciudad Capital, mediante un convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana. Este fué dotado de equipo moderno que ha permitido el desarrollo de sus labores de acuerdo con los últimos adelantos en el ramo. El Dr. J. C. Cutler eminente investigador, fué integrado al personal técnico, proveniente de los Estados Unidos los que, a la par de importantes actividades investigativas sobre las condiciones venereopáticas existentes en nuestro medio han impartido instrucción a personas becadas por la Dirección de Sanidad de Guatemala y por otros países de Centro América. Así se han efectuado encuestas serológicas en grupos de habitantes de distintas regiones de la República. En especial haremos mención del trabajo verificado en el Puerto de San José, en niños escolares, en el cual se hicieron estudios sobre las reacciones falsamente positivas, en referencia al paludismo endémico en ese lugar. De él se derivaron conclusiones interesantes sobre todo en lo concerniente a la sensibilidad y especificidad de las pruebas serológicas estableciéndose comparación de las técnicas de floculación corrientes (Kahn, Mazzini) y las reacciones con antígeno VDRL a la cardiolipina. A continuación damos un resumen de la manera cómo se procedió y de los hallazgos obtenidos con esta investigación.

Se obtuvo permiso de la Dirección General de Sanidad Pública para efectuar estudios en los establecimientos escolares del Puerto de San José. Este es un puerto marítimo tropical que cuenta con dos escuelas, una para varones y otra para niñas, con una inscripción combinada de cerca de 300 escolares y asistencia diaria de 150 a 250 niños. El per-

sonal médico practicó visitas, con intervalo, durante las cuales se tomaron muestras de sangre, gotas gruesas para investigación de hematozoarios y se examinó clínicamente a los niños presentes en el momento. Los frotos para investigación de paludismo fueron examinados, tanto en los laboratorios de Sanidad Pública, como en la División de Enfermedades Tropicales del Instituto Nacional de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Las reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis se efectuaron en el Centro de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana cuyo laboratorio es subsidiario del de Investigación de Enfermedades Venéreas del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos.

Se examinó por dos o más veces a un total de 151 niños de 14 años de edad, o menos, durante un período mínimo de 23 días a un máximo de 430 días. Mediante el examen clínico fué posible eliminar de este grupo a aquellos con accidentes primarios o secundarios de sífilis y algunas de las causas conocidas como motivadoras de reacciones positivas falsas, tales como el mal de pinto, el pian y la vacunación anti-variola reciente. Los repetidos exámenes serológicos probaron que la reactividad observada en algunos casos, no era atribuible a una sífilis reciente en los umbrales de la seropositividad, ya que al cabo de 23 días todo paciente en instancias de serología positiva, lo sería fuertemente

Sumario de los hallazgos de repetidas reacciones serológicas para la sífilis, efectuadas en un grupo de ciento cincuentiun niños

Resultados de la Reacción de Mazzini:

Número total de muestras examinadas	433
Mostraron reacciones dudosas	125—27.6%
Mostraron reacciones positivas (1+ a 4+)	33— 7.3%
Número de muestras negativas	295—65.1%

Resultados de la Reacción de Kahn Standard:

Número total de muestras examinadas	451
Mostraron reacciones dudosas	98—21.7%
Mostraron reacciones positivas (1+ a 4+)	72—26.0%
Número de muestras negativas	281—62.3%

Resultado de la Reacción VDRL al porta-objetos:

Número total de muestras examinadas	464
Mostraron reacciones débilmente positivas	3— 0.8%
Mostraron reacciones positivas	5— 1.0%
Número de muestras negativas	456—98.2%

Resultados de la Reacción de Kolmer standard:

Número total de muestras examinadas	364
Mostraron reacciones dudosas	1— .8%
Mostraron reacciones positivas	8— 2.2%
Mostraron reacciones anticomplementarias	9— 2.4%
Número de pruebas negativas	264—94.6%

Nota: La diferencia total en el número de muestras sometidas a reacción, resulta de la cantidad insuficiente de suero para la ejecución de todas las pruebas.

No se hizo propósito alguno para clasificar los descubrimientos físicos misceláneos sin relación con la sífilis. Pero, en suma, el grupo presentaba signos de hiponutrición crónica, con brazos y piernas extremadamente delgadas, disminución marcada del panículo adiposo subcutáneo, abdómenes prominentes y palidez de las membranas mucosas. Algunos examinados presentaban infecciones micóticas y en general sequedad y falta de turgidez de la piel. En ninguno de ellos se encontraron lesiones que pudiesen interpretarse como evidencia de sífilis activa. Pero uno de dos, con reacciones persistentemente positivas con la reacción VDRL al porta-objetos, mostraba prominencia desusada de las gibas frontales, lo que se consideró como estigma de sífilis innata.

Sumario de los hallazgos con respecto a presunciones y evidencia conclusiva de Paludismo y de las reacciones serológicas para sífilis en un grupo de 151 niños

	Mazzini	Kahn	VDRL	Kolmer
1. Frotos positivos para malaria y serorreacciones dudosas o débilmente positivas para sífilis	9	13		
2. Frotos positivos para malaria y serorreacción positiva	5	8		
3. Frotos positivos para malaria y serorreacción negativa	17	10	31	19
4. Esplenomegalia y reacciones dudosas o débilmente positivas	14	7		
5. Esplenomegalia y reacciones serológicas positivas	3	10		2
6. Esplenomegalia y serorreacciones negativas	32	30	47	42
7. Esplenomegalia, frotos positivos para malaria y serorreacciones dudosas o débiles	4	2	0	0
8. Esplenomegalia, frotos positivos para malaria y serorreacción positiva	2	3	0	0
9. Esplenomegalia, frotos positivos para malaria y serorreacción negativa	7	9	13	8

Nota: La diferencia en los totales de las muestras examinadas por cada procedimiento resulta de la falta de suficiente suero para efectuar las reacciones en la totalidad de los casos.

En este grupo de 151 niños de 14 y menos años de edad repetidamente examinados durante un período adecuado de tiempo, solamente dos fueron considerados como sífilíticos. Uno de ellos, de 7 años de edad, mostró evidencia clínica sugestiva de sífilis innata además de positividad persistente de todas las reacciones serológicas para la sífilis. El otro niño, de 13 años de edad, mostró sero-positividad con todas las reacciones en ausencia de evidencias clínicas de la enfermedad y se le catalogó como un caso de sífilis innata asintomática; sobre bases epidemiológicas, se puede estimar que este grupo de niños no se encontraba en fase de actividad hetero-sexual y que, por consiguiente, la posibilidad de sífilis adquirida era muy ligera. Los exámenes serológicos y físicos repetidos

eliminaron el factor de una sífilis muy reciente en instancia de seropositividad. Así es que, con excepción de los dos pacientes citados, no es probable que las reacciones serológicas encontradas como positivas, representen sífilis adquirida.

Es bien conocido el hecho de que el paludismo da reacciones positivas falsas, sin embargo, no es posible que la malaria sea responsable de toda la reactividad serológica observada, porque muchos de aquellos que mostraron reactividad, tenían frotos negativos y ninguna evidencia clínica de malaria. La ausencia de reactividad con los antígenos de cardiolipina en casos de malaria ha sido ya demostrada (7) y fué evidente en esta encuesta.

Aunque no puede darse una explicación adecuada a la alta incidencia de actividad serológica manifestada por las reacciones de Kahn y de Mazzini si se compara con la incidencia menor de reactividad de las reacciones VDRL en el porta-objetos y la de Kolmer en este grupo de 151 niños, es evidente que las dos primeras dan lugar a mayor incidencia de reacciones positivas falsas. Es indudable pues, que, tomando en cuenta las condiciones que prevalecen en el grupo bajo estudio, es preferible recurrir al uso de las reacciones VDRL en el porta-objetos y a la modificación de Kolmer-Wassermann.

También se han efectuado censos serológicos de colectividades tales como el Hospicio Nacional, la Penitenciaría Central, el Asilo de Alienados, etc. El técnico serólogo Sr. Joseph Portnoy y el encargado de la parte clínica investigativa Dr. Funes, hicieron un recorrido por las demás repúblicas de Centro América, incluyendo a Panamá durante el cual se hicieron demostraciones de la técnica VDRL a la cardiolipina, ante el personal encargado de los respectivos laboratorios locales. Del resultado de la confrontación de las técnicas seguidas en cada lugar y del obtenido con los procedimientos modernos VDRL, se ha llegado a fijar el interés sobre ciertas dudas especulativas, responsables de reacciones falsas. Estas pruebas se llevaron a cabo en sueros de niños pertenecientes a asilos de huérfanos y reformatorios y se eligió a grupos infantiles por la misma razón que nos animó al hacer el estudio del Puerto de San José, es decir, la poca probabilidad de que, por razón etaria, en ellos pesara el factor de la experiencia sexual, con las posibilidades inherentes de una venereopatía adquirida.

Fruto de las actividades del Centro de Adiestramiento e Investigación fué la implantación de cultivos de *Neisseria gonorrhoeae* y dicho servicio permitió iniciar y llevar a cabo investigaciones sobre las características revestidas por las infecciones con dicho germen entre nosotros y hacer interesantes deducciones sobre la profilaxis de las mismas.

Los jefes del laboratorio principal en Staten Island, N. Y., personalidades de primer plano en el campo de las enfermedades venéreas, Dres. J. F. Mahoney y R. C. Arnold, nos han visitado en dos ocasiones y en

ambas han dictado conferencias apasionantes sobre los últimos avances en la materia.

En abril del presente año se llevó a cabo en la ciudad de Guatemala, el II Congreso Centroamericano de Venereología, al que asistieron representantes de El Salvador, Honduras, Panamá y los Estados Unidos y se recibieron interesantes trabajos de Costa Rica, que por razones especiales se vió imposibilitada de enviar delegados, y Cuba.

Se llegó a las recomendaciones y conclusiones siguientes y las recomendaciones de las comisiones de aspectos sociales fueron: tener presente el peligro potencial de transmisión de las venereopatías representado por los viajeros, que ha aumentado con los medios actuales de transporte; el enfocamiento de las campañas antivenéreas desde el punto de vista internacional y la necesidad de una campaña cooperativa de control. La filosofía de la lucha antivenérea comprenderá: evitar la promiscuidad mediante persuasión moral, la educación y la aplicación de las leyes atinentes; evitar los peligros de contagio mediante la profilaxis y el descubrimiento y tratamiento temprano de los casos.

Abogan por el nombramiento de una comisión que se encargue de la uniformización de los informes epidemiológicos en Centro América, consideran como obligatoria para el médico la investigación de los "contactos sexuales"; recomiendan la práctica de exámenes serológicos periódicos en todo caso de blenorragia y propugnan el intercambio de información sobre los programas de tratamiento.

Entre las resoluciones se insiste en que la campaña debe ser dirigida por médicos especializados y en que los Gobiernos deben reconocer la especialización sanitaria. Los médicos auxiliares deben tener por lo menos dos años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las dolencias venéreas y las enfermeras visitadoras deberán haber egresado de la escuela especial y tener un año de práctica. Los presupuestos deben adecuarse a la magnitud del problema y considerar los objetivos educacionales y el equipo de clínicas y laboratorios.

Las resoluciones de la comisión de tratamientos establecen que la penicilina es la droga de elección en el tratamiento de la sífilis y la blenorragia que la estreptomocina lo es en la terapia del granuloma inguinal y que los sulfamidados son lo indicado en el chancro blando.

Por último, la comisión sobre diagnóstico hace hincapié en la necesidad de establecer la naturaleza de las lesiones genitales abiertas con el ultramicroscopio y en la abstención de todo tratamiento específico en caso no se llegue a identificar en plazo prudencial y con recurso a los exámenes serológicos la posibilidad de la sífilis. Aconseja que se haga uso inmediato de los sulfamidados, mientras se hacen los estudios referidos, con objeto de ganar tiempo al tratar de otras afecciones venéreas susceptibles de curación con las drogas mencionadas, y se toma en consideración que dichos medicamentos no ejercen acción sobre un diagnóstico ulterior de lúes. La comisión hace consideraciones sobre las even-

tualidades de la recidiva serológica y la recidiva clínica, consecutivas al tratamiento y se refiere a lo estatuido en los recientes libros de texto para la valoración de las reinfecciones. En lo que concierne al diagnóstico de las formas de sífilis latente y la debida interpretación de las reacciones serológicas, se recomienda la siguiente conducta: (1) Anamnesis y examen clínico cuidadoso; (2) Reacciones serológicas cuantitativas repetidas entre las cuales debe incluirse la VDRL a la cardioplipina; (3) Verificación de las reacciones en diferentes laboratorios; (4) estudios hematológicos completos y aglutinaciones heterófilas; (5) estudio epidemiológico en casa del enfermo, en la familia y de los contactos; (6) examen de L.C.R.; (7) Radiología cardio-aórtica.

Para el diagnóstico de la blenorragia se considera suficiente la investigación de *Neisseria gonorrhoeae*, en frotis de la uretra y del cuello uterino, en los casos agudos y recurrir a los cultivos en los casos crónicos y dudosos. Igualmente se hace ver la conveniencia de practicar exámenes serológicos repetidos y periódicos en todo caso de blenorragia, dada la frecuencia de las infecciones asociadas que pueden retardar, a causa del uso frecuente de los antibióticos, la aparición de evidencias luéticas.

No se concede máxima importancia a la intradermorreacción con Ducrey por el hecho de la posibilidad de infecciones anteriores, que falsearían los resultados. Debe investigarse la existencia del *Hemophilus* en las lesiones para llegar a un diagnóstico diferencial correcto.

En el caso del granuloma inguinal debe hacerse el diagnóstico mediante comprobación de los cuerpos de Donovan y se llama la atención sobre la frecuencia de formas clínicas sistemáticas de esta enfermedad.

En el linfogranuloma venéreo se invocan razones negativas sobre la efectividad de las intradermorreacciones y la fijación del complemento para la obtención del diagnóstico.

Las resoluciones abogan por la incorporación de las reacciones a base de cardioplipina al arsenal serológico y se recomienda la ampliación de las investigaciones sobre las causas de reacciones falsas.

En cuanto a la conducta a seguir en los casos de sífilis prenatal, nos hemos ceñido a lo aconsejado por Moore en sus máximas diagnósticas, tomando sangre del cordón en el momento del parto para pruebas serológicas cuantitativas y a juzgar por el título de éstas en exámenes consecutivos, se hará la decisión de instituir tratamiento o de abstenerse de él. A las dos semanas se hace radiografía de las epífisis de los huesos largos y se tiene en cuenta la posibilidad de error, en caso de que la madre haya sido tratada con bismuto. Las evidencias clínicas presentes en piel y mucosas y la coriza, hablan por sí solas y no necesitan comentario.

En disenso con algunas de las recomendaciones del II Congreso Centro Americano de Venereología, consideramos inútil para los fines prácticos la prosecución de los métodos de cultivo para el diagnóstico de la blenorragia, ya que éste se puede hacer clínicamente y mediante los frotis. Además con el advenimiento de la penicilina esta entidad clínica ha

perdido mucho en importancia patológica. De la misma manera pensamos en lo que respecta al uso de las intradermorreacciones para diagnóstico del chancro ducreico y el linfogranuloma, ambas tributarias del tratamiento con sulfonamidas y en las cuales sólo debe tratarse de llegar al diagnóstico diferencial con la sífilis, ciñéndose a las repetidas pruebas de laboratorio. Esto representa ventajas prácticas y satisface un desideratum económico, al suprimirse procedimientos más o menos costosos y al reducirse el personal encargado de esta clase de trabajo.

**DATOS ESTADÍSTICOS DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS
TRATADAS EN EL HOSPITAL DE PROFILAXIS SEXUAL, DEL
20 DE DICIEMBRE, 1945, AL 30 DE JUNIO, 1948**

MOVIMIENTO DE ENFERMAS

Quedaron hospitalizadas el 20 de diciembre de 1945.....	38
Ingresaron del 21 de diciembre, 1945, al 30 de junio, 1948.....	5,188
Total.....	5,226
Salieron durante el 21 de diciembre, 1945 al 30 de junio, 1948.....	5,158
Quedaron hospitalizadas el 30 de junio, 1948.....	68
Total.....	5,226

CASOS TRATADOS

Bartolinitis.....	55
blenorragia.....	2,887
blenorragia y bartolinitis.....	5
chancroides.....	12
neurosífilis.....	1
neurosífilis y blenorragia.....	1
sífilis latente.....	190
sífilis latente y blenorragia.....	43
sífilis latente temprana.....	57
sífilis latente temprana y blenorragia.....	22
sífilis latente temprana y bartolinitis.....	1
sífilis latente de duración indeterminada.....	60
sífilis latente de duración indeterminada y blenorragia.....	4
sífilis latente tardía.....	1
sífilis recidivante.....	8
sífilis recidivante y blenorragia.....	1
sífilis recurrente.....	4
sífilis congénita.....	15
sífilis congénita tardía.....	1
sífilis primaria.....	60
sífilis primaria seropositiva.....	4
sífilis primaria y blenorragia.....	10
sífilis secundaria.....	240
sífilis secundaria y blenorragia.....	5
sífilis secundaria florida.....	10
sífilis secundaria florida y blenorragia.....	124
sífilis terciaria.....	3
Total.....	3,824

ADVANCES IN THE GUATEMALAN VENEREAL DISEASE WORK

(Summary)

During 1945, in order to carry out the work against venereal disease in Guatemala under the Public Health Service, techniques, control methods and the handling of cases were modernized to meet the existing needs, and all the work was placed under the direct control of the Venereal Disease Section of the service. Among other improvements noted, is the possession of health certificates by persons engaged in certain occupations, which is a compulsory measure, as is the system of periodical examination of prostitutes. In case the tests show a positive or suspect result, these women are immediately interned for treatment or surveillance, in the rapid treatment center or dispensary in the Venereal Disease Hospital, where there are 90 beds.

Under a cooperative agreement between the Guatemalan Public Health Service and the Pan American Sanitary Bureau, in August 1946, a Venereal Disease Training and Research Center was established in Guatemala City. This Center has all the modern equipment necessary to carry on such work in accordance with the latest scientific advances. Under the direction of Dr. J. C. Cutler, important research activities on venereal pathology are carried on and under fellowships personnel from the National Health Service as well as from those of other Central American countries receive specialized training. Among other important activities carried out among the inhabitants has been the study made of the school children of the port of San José. A total of 151 children of 14 years or under were examined over a period of 23 to 430 days. Through clinical examination it was possible to eliminate from this group those with primary or secondary syphilitic lesions, as well as some of the known causes of false positive reactions, such as pinta, yaws and recent smallpox vaccinations. No effort was made to classify the miscellaneous physical findings unrelated to syphilis. On the whole, the group showed signs of chronic malnutrition, though no lesions were found in any of the children that could be interpreted as evidence of active syphilis. Of the 151 children, only two were considered to be syphilitic, one of which (7 years of age) showed definite signs of congenital syphilis.

As a result of the work of the Training and Research Center, the cultivation of *Neisseria gonorrhoeae* was instituted, making it possible to investigate the characteristics of gonorrhoeal infection in the country and to arrive at interesting deductions regarding its prevention. The directors of the main Laboratory on Staten Island, New York, Drs. J. F. Mahoney and R. C. Arnold, both outstanding figures in the field of venereology, have visited the Center upon two occasions when they delivered lectures on the latest advances in the specialty. In April of this year, the Second Central American Congress of Venereology was held in Guatemala City, with representatives from El Salvador, Honduras, Panama and the United States in attendance. Papers were submitted from Costa Rica and Cuba though representatives of those countries did not attend the meeting. Among other recommendations were the following: to bear in mind the potential danger of the spread of venereal disease by travelers who have increased in number with the development of modern means of transportation; that campaigns against venereal disease should be of an international nature; that there is need for cooperative control measures; that campaigns should comprise prevention of promiscuity by health education and the enforcement of pertinent legislation; prevention of the dangers of contagion through prophylactic measures, and the discovery and early treatment of cases. The Congress recommended the appointment of a committee to undertake the standardization of epidemiological reporting in Central America; the investigation of contacts by a physician; the practice of periodical blood tests

in all cases of gonorrhea; and the exchange of information regarding treatment programs. In the resolutions it was urged that the program be under the direction of specialized physicians and that public health work be recognized by governments as a medical specialty; assisting physicians should have at least two years' experience in the diagnosis and treatment of venereal disease and visiting nurses should be graduates of specialized schools and have one year of practice; budgets should be adequate and provision should be made for educational purposes and equipping of clinics and laboratories. As regards treatment, preference was given to penicillin for the treatment of syphilis and gonorrhea; streptomycin for the treatment of *Granuloma inguinale*; and sulfa drugs for chancroid. The committee on diagnosis stressed the necessity of determining the nature of open genital lesions by means of dark field examination and abstaining from specific treatments when blood tests do not indicate the possibility of syphilis within a reasonable time. This group also advises immediate use of sulfa drugs while these observations are under way, in order to gain time in the treatment of other venereal diseases that can be cured with sulfas, as these drugs have no effect on a subsequent diagnosis of syphilis. They also studied the possibilities of serological and clinical relapses after treatment, and made reference to teaching in recent textbooks regarding the evaluation of reinfections.

With regard to the diagnosis of latent forms of syphilis and the proper interpretation of serological tests, the following procedure was recommended: careful study of case history and clinical examination; repeated quantitative serological tests, including the VDRL cardiolipin test; verification of the reactions in different laboratories; complete hematological studies and heterophilous agglutinations; epidemiological studies in the patient's home, family and contacts; and spinal fluid and cardio-aortic X-rays. In the diagnosis of gonorrhea, it is considered sufficient to examine for *Neisseria gonorrhoeae* in smears taken from the urethra and cervix uteri, in acute cases, and to employ cultures in chronic and doubtful cases. No great importance is given to Ducrey's intradermal reaction due to the possibility of previous infection, which would produce misleading results. To arrive at a proper differential diagnosis, the existence of hemophilus in the lesions should be investigated. In the case of *Granuloma inguinale*, diagnosis should consist of investigation for Donovan bodies, and attention is called to the frequency of systematic clinical forms of this disease. With regard to *Linfogranuloma venereum*, intradermal reactions and complement fixation tests are considered ineffective as a means of diagnosis. The resolutions advise the adoption of cardiolipin reactions as an additional means of diagnosis and further recommend investigation into the causes of false positive reactions.